

LE TIERS PAYANT :

DISPENSEZ-VOUS DE L'AVANCE DE FRAIS TOTALE OU PARTIELLE

La carte de Tiers Payant vous dispense d'avancer les montants correspondant à la partie des frais pris en charge par votre Caisse de Sécurité sociale et des frais pris en charge par Mercer, selon les dispositions de votre contrat.

COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS ?

Des remboursements plus rapides : **NOEMIE**
NOEMIE est la transmission informatique automatique de vos données de soins pour vous et vos bénéficiaires entre votre caisse de Sécurité sociale et Mercer.
Si la mention «*Nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire Mercer*» figure sur votre décompte Sécurité sociale, alors vous êtes bien connecté(e).

VOTRE CARTE EST :

PRATIQUE : coordonnées de votre centre de gestion.

PERSONNELLE : personnes bénéficiant de la couverture de votre contrat frais de santé.

SPÉCIFIQUE : les moyens de communication que Mercer a réservé aux professionnels de santé.

SYNTHÉTIQUE : l'ensemble des soins pour lesquels votre contrat vous permet de bénéficier du tiers payant.

UTILE : identifiants permettant de créer votre compte personnel sécurisé sur www.mercernet.fr

SANS TÉLÉTRANSMISSION NOEMIE, vous devez adresser à Mercer les originaux des décomptes de Sécurité sociale (ou décomptes téléchargés sur votre espace dédié **ameli.fr**) accompagnés des pièces complémentaires (cf tableau ci-dessous).

Attention, ces pièces doivent être adressées au plus tard dans un délai de 2 ans suivant la date de soins.

LES JUSTIFICATIFS DE REMBOURSEMENTS QUE MERCER PEUT VOUS DEMANDER

Retrouvez dans le tableau ci-après les pièces à adresser à votre centre de gestion.

TYPE D'ACTE	JUSTIFICATIF DEMANDÉ	POURQUOI C'EST NÉCESSAIRE ?
 ÉQUIPEMENT OPTIQUE sans tiers payant Verres-monture-lentilles pris en charge par la Sécurité sociale	Copie facture acquittée et détaillée (prix, marque et référence des verres), et des lentilles avec cachet de l'opticien et copie de l'ordonnance	Les informations transmises par la Sécurité sociale étant globales, nous ne pouvons pas calculer le montant de vos remboursements sans les informations précisées sur ces documents.
 DENTAIRE sans tiers payant --> Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	Copie facture acquittée et détaillée (codification des actes et numéros de dents)	Les informations communiquées par la Sécurité sociale excluent les soins qu'elle ne prend pas en charge. Votre régime frais de santé peut prévoir un complément sur ces actes. Le détail de votre facture nous permet alors de calculer au plus juste votre niveau de remboursement.
 RÈGLEMENT DU TICKET MODÉRATEUR UNIQUEMENT tout type d'acte	Original du reçu de paiement de la part complémentaire (ticket modérateur), original de la facture acquittée par courrier	Ce justificatif est nécessaire en cas de tiers payant partiel. Le tiers payant partiel se présente lors de l'utilisation unique de la carte vitale avec dis pense d'avance de frais Sécurité sociale seulement.
 En cas d'honoraires supérieurs à 6 fois la base de remboursement de la Sécurité sociale	Facture acquittée OU Avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital public) OU bordereau de facturation (clinique) en soins externes	

HOSPITALISATION (hors maternité)

Si aucune prise en charge n'a été délivrée. Contactez-nous afin d'en obtenir une.



--> **Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière**

--> **Honoraires chirurgien, anesthésiste...**

Bordereau de facturation de l'établissement (clinique)
OU Avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital)

Bordereau de facturation et copie de la facture acquittée de l'établissement

IMPORTANT

- Transmettez sans tarder vos factures et autres justificatifs demandés.
- Retrouvez la liste complète des pièces demandées au verso de vos décomptes.
- Afin d'éviter les mauvaises surprises, en optique et en dentaire, demandez un devis à votre professionnel de santé. Mercer établira alors une estimation de remboursement mentionnant le montant restant à votre charge.



Prévoyance Santé Retraite

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ



Votre centre de gestion

Mercer

Prévoyance Santé Retraite
 164-174 rue Victor Hugo
 92536 Levallois-Perret Cedex
www.mercernet.fr



la qualité à votre service

Retrouvez toutes les coordonnées de votre centre de gestion sur votre carte de tiers payant.

SOYEZ BIEN INFORMÉS : GAGNEZ DU TEMPS

- ▶ La consultation d'une aide en ligne pour toutes vos questions,
- ▶ Le suivi de vos remboursements en temps réel,
- ▶ L'édition immédiate de prises en charge hospitalières,
- ▶ La mise à jour de vos informations personnelles,
- ▶ La consultation de fiches pratiques,
- ▶ La consultation de la liste des professionnels de santé pratiquant le tiers payant avec Mercer (pharmacie, opticiens, établissements hospitaliers).

VOTRE ESPACE ASSURÉ SUR

WWW.MERCERNET.FR



- ▶ Créer votre compte personnel :
- ▶ Cliquez sur "Créer mon compte" et complétez les informations demandées à l'aide de votre carte de tiers payant ou de votre décompte de remboursement.

Mercer (France) au capital de 30 539 670 €
 RCS Nanterre B 390 589 455 - APE 6622 Z
 Siège Social : Tour Ariane
 5, place de la Pyramide - 92800 Puteaux
 N° ORIAS : 07 001 885

Les bénéficiaires du régime sont l'affilié et ses ayants droit ci après définis :

1. Son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un Pacs.
2. Les enfants de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin.
3. Les ascendants de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin, à leur charge au sens de la Sécurité Sociale.

Ses enfants et ceux du conjoint :

- Jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire, s'ils sont à leur charge au sens de la Sécurité Sociale.
- Jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - Être affiliés à la Sécurité Sociale des Etudiants.
 - Suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance.
 - Être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à Pôle Emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
- Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975) sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

- COMMENT CHANGER D'OPTION ? -

Le salarié peut choisir d'adhérer sur le régime de base ou l'une des trois options facultatives :

- Seul le salarié est admis sur le régime de base.
- L'option facultative choisie par le salarié doit être identique pour lui et ses ayants droits.
- Si aucun choix n'est formulé, c'est le régime de base qui s'applique.

Le changement d'une option vers une option supérieure peut se faire :

- À la date de changement de situation de famille (mariage, PACS, naissance, divorce, veuvage, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage) lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date.
- Au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande parviennent à l'assureur avant le 15 décembre précédent.

Le changement d'une option à une option inférieure peut se faire :

- À la date de changement de situation de famille (mariage, PACS, naissance, divorce, veuvage, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage) lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date.
- Au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande parviennent à l'assureur avant le 15 décembre précédent et sous réserve que cette demande intervienne après une durée de cotisation d'au moins 2 années civiles consécutives à un régime supérieur.

Le présent contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, la minoration du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins et de refus d'accès au dossier médical. Les actes non remboursés par la Sécurité Sociale ne sont pris en charge au titre du présent contrat que s'ils figurent à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Les Prestations sont calculées acte par acte et sont, en tout état de cause, limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme.



Retrouvez toutes les bases de remboursement du contrat de la Sécurité Sociale ainsi que la valeur du ticket modérateur de chaque acte sur le site de la sécurité sociale : amel.fr

Ce document n'est qu'un résumé du contrat d'assurance collective souscrit par votre société et ne peut en aucun cas se substituer à la notice de garantie fournie par l'assureur GAN. Les dispositions de ce contrat font seules la loi entre les parties.

Garanties exprimées en complément de la SS	Garanties Santé groupe NOCIBÉ- Ensemble du personnel					
	ECONOMIQUE		SECURITE		CONFORT	
	CAS	NON CAS	CAS	NON CAS	CAS	NON CAS
Hospitalisation médicale ou chirurgicale						
Honoraire, chirurgie, anesthésie	100%TM	100%TM	100%TM+180%BR	100%TM + 50%BR	100%TM+280%BR	100%TM + 100%BR
Frais de séjour	100% TM		200%BR		300%BR	
Forfait journalier	100% FR sans limitation		100% FR sans limitation		100% FR sans limitation	
Chambre particulière (y compris maternité)	-		35 €		70 €	
Lit d'accompagnant (enfant <16 ans) par jour	-		15 €		35 €	
Médecine courante						
Consultations et visites de généralistes	100% TM		100% TM + 20 % BR	100%TM	100% TM + 120 % BR	100% TM + 100 % BR
Consultations et visites de spécialistes	100% TM		100% TM + 50 % BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 120 % BR	100% TM + 100 % BR
Consultations et visites de professeurs	100% TM		100% TM + 50 % BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 120 % BR	100% TM + 100 % BR
Radiologie- Electrothérapie	100% TM		100% TM + 50 % BR	100% TM + 30 % BR	100% TM + 120 % BR	100% TM + 100 % BR
Prescriptions et actes de spécialité (petite chirurgie)	100% TM		100% TM + 50 % BR	100% TM + 30 % BR	100% TM + 120 % BR	100% TM + 100 % BR
Soins par auxiliaires médicaux	100% TM		50% BR		150% BR	
Analyses et travaux de laboratoire	100% TM		50% BR		150% BR	
Orthophoniste et pédicure (séances remboursées par la SS)	100% TM		50% BR		150% BR	
Pharmacie						
Pharmacie remboursée à 65%, 30% et 15% par la SS	100% TM		100% TM		100% TM	
Pharmacie non remboursée	-		-		50€ par an et par bénéficiaire	
Dentaire			Plafond annuel sur actes non remboursés de 650€ par et par bénéficiaire		Plafond annuel sur actes non remboursés de 1300€ par et par bénéficiaire	
Soins dentaires (hors inlays onlays)	100% TM + 25% BR		70%BR		150%BR	
Dents Inlay-Onlay d'obturation par an et par bénéficiaire	100% TM		250%BR		350%BR	
Prothèses dentaires fixes et appareils amovibles et inlays Core remboursés par la SS	100% TM + 25% BR		250%BR		350%BR	
Prothèses fixes sur dents vivantes ou non délabrées non remboursées par la SS (base SPR 50)	-		250 €		400 €	
Orthodontie remboursée par la SS	100% TM + 25% BR		200%BR		250%BR	
Orthodontie non remboursée par la SS, par semestre	-		250 €		400 €	
Implantologie (par implant), parodontologie par an et par benef	-		10%PMSS		20%PMSS	
Optique						
	Prise en charge limitée, à compter de l'acquisition de l'équipement, à un équipement optique (1 monture + 2 verres) par bénéficiaires tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les cas d'évolution de la vue					
Verre simple (par verre)	25 €		75 €		100 €	
Verre complexe (par verre)	75 €		150 €		200 €	
Verre très complexe (par verre)	100 €		200 €		300 €	
Monture	50 €		90 €		130 €	
Implant intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	-		200 €		300 €	
Lentilles acceptées et refusées y compris jetables (par an et benef)	100 % TM		4%PMSS		6%PMSS	
Chirurgie réfractive (par oeil, par an et par benef)	-		-		20%PMSS	
Autres prestations						
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100 % TM		100 % TM		100 % TM	
Prothèses auditives acceptées (hors frais d'entretien) 1 équipement tous les 4 ans	100 % TM		150%BR		300%BR	
Autres prothèses médicales y compris frais d'entretien des prothèses auditives	100% TM		150%BR		300%BR	
Maternité	-		15% PMSS		20% PMSS	
			Sur présentation de facture - Dans la limite des frais réels		Sur présentation de facture - Dans la limite des frais réels	
Cure remboursée par la SS (sauf frais de voyage et thalassothérapie)	-		-		15% PMSS	
Médecine douce (diététicien, homéopathe, étipathe, ostéopathe...)	-		40€ par séance / max 2 par an et par bénéficiaire		50€ par séance / max 3 par an et par bénéficiaire	

- LEXIQUE :**
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 - FR : Frais Réels
 - BR : Base de Remboursement
 - SS : Sécurité Sociale
 - TM : Ticket Modérateur
 - Médecin CAS : Médecin ayant adhéré au Contrat d'accès aux soins
 - Médecin hors CAS : Médecin n'ayant pas adhéré au Contrat d'accès aux soins